

На правах рукописи

КЛЕТЕНКОВА ТАТЬЯНА АЛЕКСЕЕВНА

**Взаимосвязь интеллектуально-личностного развития
подростков с внутренней картиной болезни в условиях различной
соматической патологии**

Специальность 19.00.13 – психология развития, акмеология
19.00.04 – медицинская психология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Казань – 2005

Работа выполнена на кафедре медицинской и общей психологии Казанского государственного медицинского университета и кафедре психологии личности Казанского государственного университета им. В.И.Ульянова - Ленина

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор Менделевич Владимир Давыдович,

доктор психологических наук, профессор Сибгатуллина Ирина Фагимовна

Официальные оппоненты:

доктор психологических наук, профессор Соловьева Светлана Леонидовна,

кандидат психологических наук Ливанова Мария Николаевна

Ведущая организация

Нижегородский государственный педагогический университет

Защита состоится « 30 » июня 2005г. в _____ ч. на заседании диссертационного совета к 212.081.05 по защите диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук при Казанском государственном университете по адресу: 420008, г. Казань, ул. Кремлевская, 18, физический корпус, ауд. 506

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке им. Н.И. Лобачевского Казанского государственного университета по адресу ул. Кремлевская, 35

Автореферат разослан «13» мая 2005года

Ученый секретарь диссертационного совета, кандидат психологических наук, доцент

Габдреева Г.Ш.

Общая характеристика работы

Актуальность темы исследования. Проблема психического развития человека, соотношение его интеллекта, личностных качеств и состояния психического здоровья в психологии относится к числу старейших (Б.Г. Ананьев, А.Н. Леонтьев, Б.Ф. Ломов, С.Л. Рубинштейн), современные последователи, занимающиеся этими проблемами: А.В. Брушлинский, Л.И. Вассерман, Б.В. Зейгарник, Д.Н. Исаев, А.Р. Лурия, В.В. Николаева, а также Л.М. Аболин, В.В. Ковалев, В.Д. Менделевич, Л.М. Попов, В.М. Смирнов, А.С. Султанова, и др. Однако, очевидность теоретической и практической значимости надежных научных знаний о природе взаимовлияния психического и физического, биологического и социального контрастирует с реальным, неудовлетворительным положением дел в психологии развития и медицинской психологии, обнаруживающим себя, в частности, в исследованиях взаимосвязи интеллектуально-личностного развития с внутренней картиной соматических заболеваний.

В отечественной психологии складывалось представление о том, что развитие интеллектуально-личностной сферы представлено приоритетом социального уровня организации личности, и оно в очень малой степени зависит от нарушений соматической сферы. С работами западноевропейских исследователей: Э. Кречмера, Р. Мейли, У. Шелдона и др. в психологии появилась возможность обратиться к исследованию вероятной связи психики и соматики, вероятностной детерминации интеллектуально-личностных особенностей характером соматического развития, в частности, его нарушениями. Исследование психологических особенностей развития интеллекта и личности под воздействием соматических заболеваний представлены в научных трудах В.Ф. Бассина, Ю.М. Губачева, Б.В. Зейгарник, В.В. Лебединского, А.Р. Лурия, В.Н. Мясищева. Реже встречаются описания исследований, посвященных комплексному изучению интеллектуально-личностного развития в зависимости от уровня поражения соматической сферы в рамках общепсихологического анализа явления (Г.А. Арина, Д.Н. Исаев, В.Д. Менделевич, В.В. Николаева, М.Н. Орлова). Изучение психического развития в измененных болезнью условиях актуально с научно-практической точки зрения. В психологических трудах Т.Г. Горячевой, А.С. Султановой, В.В. Николаевой отмечалось, что в условиях патологии развития раскрываются механизмы и структурные компоненты психической деятельности, скрытые при нормальном протекании психических процессов, и это может оказать существенную помощь для решения общепсихологических проблем. К таким проблемам можно отнести: развитие самосознания, структуру и функции образа Я (в этой связи особенно важно, что исследуются испытуемые подросткового возраста –возраста «открытия Я», активного становления образа Я).

В настоящее время существует достаточно большой объем знаний, раскрывающий процесс развития индивида с разных сторон (движущие силы, факторы и условия, формы и особенности), протекающего при тех или иных

внешних и внутренних условиях (условиях среды, наследственности, накопленного опыта и т.д.). Классики отечественной психологии особенно подчеркивали необходимость исследования роли социальной среды и активности в психическом развитии детей и подростков (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия, С.Л. Рубинштейн). Особый научный интерес представляет изучение влияния хронических соматических заболеваний на особенности интеллектуального развития подростков и его личности в целом. Ситуация развития больного подростка является качественно иной по сравнению с ситуацией развития здорового подростка, поскольку уязвимыми становятся те факторы и условия, которые обеспечивают успех психического развития подростка.

При психосоматических заболеваниях, к которым относятся и бронхиальная астма, и некоторые болезни желудочно-кишечного тракта, принято рассматривать роль психологических факторов как главенствующих в процессе симптомогенеза. Представляется, что важен не сам биологический дефект, а его клинические «внешние» проявления. Было установлено, что при наличии одного и того же диагноза у части больных подростков симптомы практически не выражены, а у других отмечается ухудшение состояния, одышка, головные боли, часто соматические причины которого не выявляются. Речь может идти о необходимости определения психологических факторов, отягощающих течение основного заболевания и влияющих определенным образом на психическое развитие. Рассмотрение данной проблемы важно как для психологии развития, так и для практической медицины.

Независимо от характера заболевания важным представляется психологическая реабилитация больных детей и подростков, ведь во многом от ее успешности зависит, сможет ли ребенок преодолеть сложности социальной адаптации, выработать свои компенсаторные возможности. Без изучения внутренней картины болезни невозможно разработать эффективные способы коррекционного воздействия на развитие больного подростка, т.к. она является одним из важных факторов, влияющих на ход заболевания. В ряде исследований (М. Боухал, Д.Н. Исаев, Р. Конечный, В.В. Николаева и др.) данный аспект находит свое подтверждение. Не менее важным является и нахождение психологического инструментария для своевременной коррекции негативных последствий развития подростков, страдающих соматическими заболеваниями в системе деятельности психологических служб здравоохранения и образования.

Противоречивые тенденции наблюдаются между потребностью психологической и медицинской практики в научно-обоснованных и экспериментально проверенных методах психологической коррекции негативного влияния соматической ослабленности на психику подростка и отсутствием практически ориентированных рекомендаций, разработка которых возможна при опоре на фундаментальные знания психологии развития, для специалистов психологических служб здравоохранения и образования. Это противоречие позволяет определить основное направление исследований, представленных в данной диссертационной работе.

Целью работы явилось определение особенностей интеллектуально-личностного развития подростков в его взаимосвязи с внутренней картиной болезни в условиях различной соматической патологии.

Объект данного исследования – личностные и интеллектуальные особенности развития подростков с различной внутренней картиной болезни.

Предмет исследования – специфика взаимосвязи интеллектуально-личностного развития подростков с внутренней картиной болезни в условиях различной соматической патологии.

Гипотезы исследования:

1. Изменения в личностном и интеллектуальном развитии подростков взаимосвязаны с нарушением соматической сферы.
2. Особенности интеллектуального развития соматически ослабленных подростков влияют на формирование внутренней картины болезни.

Задачи исследования:

1. Систематизировать теоретические и концептуальные подходы к изучению взаимосвязи психического развития и внутренней картины болезни подростков.
2. Проанализировать содержание и описать особенности внутренней картины болезни подростков в условиях различной соматической патологии.
3. Экспериментально подтвердить характер и наличие взаимосвязи показателей интеллектуально-личностного развития подростков и внутренней картины болезни в условиях различной соматической патологии и в различных возрастных группах.
4. На основе выявления психологической картины особенностей взаимосвязи интеллектуально-личностного развития подростков, страдающих бронхиальной астмой и заболеваниями желудочно-кишечного тракта, разработать рекомендации для составления практико-коррекционных и превентивного характера программ для специалистов психологических служб здравоохранения и образования.

Методологической и теоретической основой диссертационного исследования послужили: культурно-историческая концепция развития Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна, А.Р. Лурия, Д.Н. Исаева, антиципационная концепция неврозогенеза В.Д. Менделевича. Кроме того, мы учитывали положения о единстве природы механизмов психического развития, действующих в норме и патологии (Б.С. Братусь, Л.С. Выготский, Б.В. Зейгарник, В.В. Николаева).

Модель психологической организации человека как субъекта развития Л.М. Попова, концепция неравновесных психических состояний А.О. Прохорова, концепция диссинхронии психического развития (Ж.П. Мерша, И.Ф. Сибгатуллиной) стали теоретической основой осмысления полученных фактов.

В работе использовались следующие **методы исследования**: включенное наблюдение, психодиагностика, качественный и статистический анализ результатов.

Конкретными методиками психодиагностики явились: Групповой интеллектуальный тест (ГИТ); для изучения типа реагирования подростка на

заболевание - Личностный опросник (ЛЮБИ); Восьмицветовой тест М. Люшера; рисуночный тест фрустрации Розенцвейга; тест Керна-Йерасика, для оценки уровня развития сенсомоторных навыков; рисуночный тест «Автопортрет».

Надежность и достоверность результатов исследования обеспечиваются опорой на фундаментальные теоретические исследования и использованием взаимодополняющих методов исследования; научно-обоснованным подбором психодиагностических методик; применением статистических приемов обработки, адекватных задачам исследования; апробацией психологического инструментария в психолого-медицинской практике.

Научная новизна проведенного исследования состоит в том, что:

1. Экспериментально подтверждено положение психодиагностического подхода к изучению механизма взаимодействия и соотношения внутренней и внешней детерминации интеллектуально-личностного развития в условиях различной соматической патологии, а именно установлено, что характеристики внутренней картины болезни влияют на личностные особенности и особенности их взаимосвязи с уровнем интеллекта подростков.
2. Обнаружена взаимосвязь внутренней картины болезни при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и бронхиальной астмой со снижением интеллектуального развития больных подростков.
3. Выделены типы реагирования подростков на различную соматическую патологию. Выявлен преобладающий тип реагирования на болезнь: сенситивный. Описана психосоматическая картина нюансирования, выражающаяся в тревожности, неврастеничности, апатичности и эйфоричности реагирования на болезнь. Показаны существенные различия типов реагирования на болезнь в разных возрастных группах.

Теоретическая значимость полученных в исследовании результатов может быть рассмотрена в клинко-психологическом аспекте. А именно: значение работы с точки зрения психологии развития состоит в уточнении представлений об интеллектуально-личностном развитии подростков в условиях заболевания, о внешних и внутренних психологических факторах, влияющих на этот процесс. Значение исследования для медицинской психологии заключается в разработке и уточнении взаимосвязи внутренней картины болезни и интеллектуально-личностного развития подростков, а также в расширении научных представлений о психологических закономерностях психического развития детей в условиях различной соматической патологии (бронхиальная астма и заболевания желудочно-кишечного тракта).

Практическая значимость исследования. Разработан диагностический алгоритм для исследования внутренней картины болезни и особенностей ее взаимосвязи с интеллектуально-личностным развитием подростков с бронхиальной астмой и заболеванием желудочно-кишечного тракта, который может быть

рекомендован к использованию специалистам психологических служб здравоохранения. Показан инструментарий оказания психологической помощи подросткам с бронхиальной астмой и заболеванием желудочно-кишечного тракта с включением специальной психокоррекционной работы, ориентированной на формирование адекватной внутренней картины болезни. В диссертационной работе доказывается, что в психокоррекционной программе определенное место должна занимать превентивно-просветительская работа с родителями соматически ослабленных подростков, что позволяет снизить неблагоприятное воздействие социальной ситуации, складывающейся вокруг больного подростка в семье или образовательном учреждении.

Апробация и внедрение результатов исследования. Результаты исследования и разработанные рекомендации по коррекции интеллектуально-личностного развития подростков с психосоматическим заболеванием включены в программы реабилитации подростков с учетом различной соматической патологии в отделениях гастроэнтерологии и аллергологии Республиканской детской клинической больницы и центре психолого-педагогической реабилитации и коррекции. Подготовлена и реализуется образовательная программа «Взаимосвязь интеллектуально-личностного развития подростков с внутренней картиной болезни в условиях различной соматической патологии» для слушателей факультета профессиональной подготовки «Практическая психология» и студентов казанского медицинского колледжа, а также курс «Возрастная психология» в Высшей военной академии.

Эмпирическая база исследования. Исследование выполнялось в рамках научного направления работы кафедры психологии личности КГУ и кафедры медицинской и общей психологии КГМУ и кафедры педагогической и прикладной психологии Института развития образования Республики Татарстан. Экспериментальная база исследования: Детская Республиканская больница. Экспериментальное исследование, прежде всего, предполагало сбор информации и определение основной выборки испытуемых. Общая численность - 218 человек. Временная динамика эксперимента – два года. Место проведения – психологическое отделение Детской республиканской клинической больницы (г. Казань).

Группу больных с бронхиальной астмой составили подростки 12-16 лет с диагнозом бронхиальная астма - 89,1 % и аллергия -10,9 %. Общее количество подростков этой группы составило - 110 человек. Все подростки проходили лечение в период с 2000-2004 г. Группу больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (далее ЖКТ) составили подростки 12-16 лет с диагнозом язва двенадцатиперстной кишки - 23 человека (21,2 %), хронические гастриты и гастродуодениты - 86 человек (78,8 %). Общее количество подростков в группе -108 человек.

Положения, выносимые на защиту:

1. Характер интеллектуально-личностного развития подростков с бронхиальной астмой и заболеваниями желудочно-кишечного тракта различен.
2. Интеллектуальное развитие и внутренняя картина болезни подростков взаимосвязаны и характер связи оказывает влияние на их социальную адаптацию и поведение.
3. Психологическая работа по формированию адекватной внутренней картины болезни является необходимым элементом при психологической реабилитации подростков с бронхиальной астмой и с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. При разработке психокоррекционной и превентивной программы должны учитываться особенности внутренней картины болезни.

Структура диссертации: диссертация состоит из введения, двух глав (по 5 и 3 параграфов соответственно), заключения, выводов, списка литературы и приложений. Список литературы насчитывает 172 наименования, из них 22 источника иностранных авторов. Текст диссертации изложен на 192 страницах, содержит 17 таблиц и 21 рисунок.

Основное содержание работы

Во введении обосновывается актуальность диссертационного исследования; указываются его цель, задачи, объект и предмет, гипотезы исследования методологическое основание и методы, раскрывается теоретическая новизна и практическая значимость работы, формулируются положения, выносимые на защиту.

Первая глава «Внешняя и внутренняя детерминация интеллектуально-личностного развития» посвящена анализу и систематизации теоретических представлений об особенностях интеллектуально-личностного развития в условиях соматического заболевания.

В первом параграфе обсуждается принцип детерминизма в психологии (К.А.Абульханова-Славская, Б.Г.Ананьев, А.В.Брушлинский, С.Л.Рубинштейн, Д.Н.Узнадзе и др.). Для общего контекста диссертации важным является вывод, сделанный в данном параграфе, что соматически ослабленный субъект деятельности выступает как целостная система внутренних условий, необходимо и существенно опосредующих все внешние причины.

Существует ряд исследований осуществленных в области психосоматической медицины применительно к детской практике. Проблема влияния ситуации болезни на психическое развитие признается достаточно актуальной потому, что условия, как система отношений между индивидом и средой, в ситуации болезни могут быть благоприятными или неблагоприятными для процесса индивидуального развития подростка и заслуживают пристального внимания. Л.С.Выготский определил данную систему как социальную ситуацию развития человека. Социальная ситуация

полностью определяет формы и пути развития подростка, виды деятельности, приобретаемые им новые психические свойства и качества.

С позиции отечественной психологии факторами развития являются наследственность, среда и активность (К.А.Абульханова-Славская, В.А.Аверин, Л.И.Божович, А.Н.Леонтьев, А.В.Петровский, С.Л.Рубинштейн). При этом социальных фактор рассматривается как фактор историогенеза, обеспечивающий активность индивида и освоение им культуры – важнейшей стороны накопленного человечеством социального опыта (Л.С.Выготский, М.Г.Ярошевский).

Второй параграф посвящен рассмотрению психосоматических заболеваний, как фактора, влияющего на интеллектуально-личностное развитие. Рассматривается ряд теорий, объясняющих механизмы влияния психики на соматику: психологические, нейро-гуморальные, физиологические и кортико-висцеральные.

Влияние соматического состояния на психику может быть как саногенным, так и патогенным. Под саногенным влиянием понимается положительное оздоравливающее влияние на состояние человека. Основными факторами, обеспечивающими это влияние, являются защитные и компенсаторные возможности человека, его отношение к болезни. Роль активности человека во время болезни отмечали Ф.В.Бассин, Д.Н.Узнадзе и др.

В следующем параграфе дается классификация типов и видов понятия «внутренняя картина болезни». Из рассмотренных способов систематизации типов внутренней картины болезни видно, что в качестве основы классификации используются отношение к лечению, особенности поведения больных, эмоциональные реакции, используемые стратегии компенсации. Формирование внутренней картины болезни зависит от многих факторов. Важным представляется влияние среды на течение болезни, тех условий, в которых проживает больной, того окружения в котором он находится, влияние и взгляды на болезнь этого окружения. В отечественной литературе проблема соотношения личности и болезни рассматривается в двух аспектах: 1. Система отношений «личность и болезнь». Роль личности в этиологии заболевания, в выходе из болезни, в процессе реадaptации. 2. Система отношений «болезнь и личность». Выяснение проблемы непосредственных и опосредованных соматогений, возникающих у больного в результате тяжелого заболевания.

Соматическое направление в психологии было заложено трудами Л.И. Божович, П.Б. Ганнушкина, В.А. Гиляровского, Д.Н. Исаева, В.В. Ковалева, С.С. Корсакова, Е.К. Краснушкина, А.Р. Лурия, М.Я. Мудрова, Л.Л. Рохлина, В.А. Ташлыкова, А.Ш. Тхостова, и др.

В зарубежной литературе описывается субъективная сторона болезни – М.Боухал, Р.Конечный, Z.J.Lipovski и др. Современный этап развития представлений о внутренней картине болезни отображается в трудах Г.А.Ариной, В.В.Николаевой, А.Ш.Тхостова. В качестве «субъективной стороны заболевания» В.В.Николаева выделяет понятие внутренней картины заболевания. Это сложное структурированное образование включает четыре уровня психического отражения

болезни в психике заболевшего: чувственный, эмоциональный, интеллектуальный, мотивационный. Внутренняя картина болезни может быть сформирована лишь при построении целостной системы, в состав которой входят результаты интеллектуальной и эмоциональной переработки переживаемого самой и болезни. Наличие такой системы – основа стремления к выздоровлению и возвращению к активной жизнедеятельности. Внутренняя картина болезни – это динамическое образование, имеющее несколько уровней и многофакторную детерминацию

В четвертом параграфе анализируется взаимосвязь внутренней картины болезни и интеллектуально-личностного развития соматически ослабленных подростков. Экспериментальные исследования отечественных и зарубежных психологов позволили сделать вывод о том, что наличие тяжелого (хронического) соматического заболевания оказывает на процесс интеллектуально-личностного развития негативное влияние на каждом этапе развития болезни. Также была прослежена связь реакции подростка на болезнь с уровнем его интеллектуального развития. Такие авторы как Н.Д. Лакосина, А.В. Квасенко, В.В. Ковалев отмечают влияние возраста на формирование реакции личности на заболевание. В основе структуры реагирования на заболевание лежит изменение самосознания (Е.В. Субботский). Оценка взаимосвязи интеллектуального развития, возраста и внутренней картины болезни преломляется через оценку заболевания окружающими.

Проведенные современные исследования позволяют констатировать, что соматически больные подростки вследствие ситуации болезни отличаются от здоровых сверстников особенностями физического и психического развития (Г.А.Арина, С.Б.Гнедова, В.Н.Касаткин, Н.А.Коваленко, М.Н.Ливанова, В.В.Николаева, М.М.Орлова и др.). Надо отметить, что подобные изменения в развитии отражаются на уровне осознания подростком состояния здоровья, развитии уверенности в себе на пути преодоления болезни (Д.Н.Исаев, А.Г.Щедрина).

В России идеям универсальных дифференциально-интегративных законов развития и разработки их роли в умственном развитии были посвящены труды А.А. Богданова, Н.Н. Ланге, Н.О. Лосского, И.М. Сеченова, В.С. Соловьева. Принцип дифференциации в философии, психологии, физиологии выступает как ведущий или один из ведущих законов умственного развития в целом ряде теорий. Уровень сформированности различных функциональных систем психики подростков с различной соматической патологией может сильно варьироваться. При соматическом заболевании складывается внутренняя картина болезни и, как следствие ее формирования, возникает тревожность, которая затрудняет интеллектуальную активность.

В заключительном параграфе теоретической главы рассматриваются основные характеристики психического развития при таких соматических заболеваниях как бронхиальная астма и желудочно-кишечные патологии (далее по тексту БА и ЖКТ). Такие авторы как Н.Г. Авксентьев, В.И.Гарбузов, А.И.Захаров, В.В.Николаева, Д.Н.Оудсхоорн,

Х.Пезешкиан, В.Харди, Э.Г.Эйдемиллер, В.В.Юстицкис придают большое значение отношениям матерям с детьми и считают, что их отношения имеют этиологическое значение для развития БА. Часто взаимоотношения матерей и детей носят характер гиперопеки, выраженной тревожности, ограниченности. С другой стороны, Pinkerton, D.W., Darouch, H., Miller, C., Wenar отмечают что матери «астматиков», проявляют дефицит любви, для них характерно отвергающее отношение к своему ребенку. Возникает противоречие в этих аспектах, что свидетельствует о том, что проблема остается недостаточно исследованной.

При анализе исследований личностного профиля больных БА было выявлено, что не существует единого мнения относительно психосоматического профиля больных БА. Как и нет достаточных эмпирических данных, подтверждающих, что личностные особенности - это не следствие, а причина астмы. В связи с этим, стали изучаться личностные особенности больных БА в зависимости от тяжести заболевания.

В свете современных представлений язвенно-образование – это нарушение равновесия между состоянием защитных (протективных) факторов, оберегающих целостность гастродуоденальных тканей, и агрессивных (повреждающих) факторов, главный из которых – избыточное кислотно-пептическое воздействие, дополненное НР-инвазией. М.В.Коркина, В.В.Марилов отмечают, что исследования, относящиеся к язвенной болезни на современном этапе, осуществляются в трех направлениях: 1) изучается личность больных; 2) рассматриваются факторы предрасположения к болезни; 3) изучаются условия, провоцирующие патологию органа. В нашем исследовании изучались подростки и можно отметить, что они более ранимы по отношению к многочисленным стрессам окружающей среды, т.к. реагируют не только на реальную, но и на символическую опасность. В качестве модели исследования были выбраны соматические группы (подростки с бронхиальной астмой и заболеванием желудочно-кишечного тракта), так как лишь небольшое число исследователей занималось этими соматозами, при этом не рассматривалась возрастная динамика.

Теоретический анализ позволяет выявить существование проблемы изучения влияния хронического заболевания на особенности интеллектуально-личностного развития подростка.

Вторая глава «Эмпирическое исследование особенностей взаимосвязи показателей интеллектуально-личностного развития подростков с внутренней картиной болезни в условиях различной соматической патологии (на примере бронхиальной астмы и заболеваний желудочно-кишечного тракта)» излагаются исходные положения, методики, процедура и результаты исследования. Исследование состояло из трех этапов. На первом этапе была осуществлена постановка экспериментальной задачи. При изучении особенностей интеллектуально-личностного развития подростков в разных соматических и возрастных группах и анализе содержания и своеобразия внутренней картины этих заболеваний

потребовалось экспериментально подтвердить наличие и характер взаимосвязи между показателями. Такая постановка задачи дает возможность выявить особенности интеллектуально-личностного развития подростков в условиях различной соматической патологии и описать психологическую картину взаимосвязей и взаимовлияний между показателями развития нездоровой группы подростков и типов ВКБ, описать основные формы ВКБ, показать своеобразие типов реагирования на болезнь в разных возрастных группах подростков.

В связи со спецификой контингента обследуемых, в условиях психодиагностики использование конкретных методик варьировалось. Арсенал диагностического инструментария включал в себя два блока показателей: интеллектуально-личностные характеристики психического развития (тесты Керна-Йерасика, Автопортрет, тест Розенцвейга, Группового интеллекта тест, тест Люшера) и внутренняя картина болезни (Личностный опросник бехтеревского института). Указанный перечень психодиагностических методик определялся исходя из задачи обеспечения комплексности исследования и выбора инструментария, дающих информацию о формально диагностических характеристиках психического развития пациентов и внутренней картины болезни. Обработка полученных данных осуществлялась путем применения специальных схем статистики: алгоритмической, аппроксимационной и теоретико-вероятностной. Каждая из этих схем определяет особый способ анализа психологической информации.

В втором параграфе этой главы анализируются особенности интеллектуально-личностного развития при различной соматической патологии у подростков.

Анализ данных теста ЛОБИ показал, что типы реагирования на болезнь в обеих соматических группах схожи и определяющим (по наибольшему проценту встречаемости) является сенситивный и эйфорический тип реагирования на болезнь. Но процентное соотношение этих типов разное. В группе подростков с БА сенситивный тип встречается в 35,6% случаев, а эйфорический в 19% случаев. В группе подростков с ЖКТ сенситивный тип реагирования встречается с частотой 43,3%, эйфорический - 28,5%. В группе подростков с ЖКТ процентное соотношение этих двух типов реагирования на болезнь выше, чем в группе подростков с БА. Интерпретируя эти результаты, важно отметить, что сенситивный тип реагирования на болезнь характеризуется чрезмерной озабоченностью возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о болезни, боязнью стать обузой для близких. Основой сенситивного отношения к болезни является рефлексивный тип мышления, ориентация на мнение и оценку окружающих. В связи с этим существенным становится не собственные болезненные или неприятные ощущения, а реакция на информацию о болезни со стороны значимой группы. Наблюдения показали, что такие подростки отличаются робостью, повышенной скромностью.

Соматические группы отличались наличием в группе подростков с заболеваниями ЖКТ апатического типа реагирования на болезнь и различной процентной выраженностью тревожного и неврастенического типов реагирования. В группе подростков с БА тревожный тип реагирования на болезнь встречался в 18% случаев, неврастенический – 13%, а в группе подростков с заболеваниями ЖКТ тревожный тип реагирования на болезнь встречался у 24 % больных, неврастенический – у 16%, апатический – 17%.

Таким образом, подростки с заболеванием ЖКТ в большей степени ориентированы на мнение окружающих, при недостатке информации о лечении, появлении болей у них появляются страхи и тревожность. Тревожность характеризуется сниженным фоном настроения, страхом перед медицинскими манипуляциями, раздражительностью и агрессивностью в отношении родителей и сверстников. При длительном лечении возникает апатия, нежелание общаться, чем-либо заниматься. Подростки с БА ориентированы на мнение окружающих, но стесняются обращаться к врачу, даже при плохом самочувствии. Многие подростки демонстрируют персоналу больницы, родителям повышенное настроение, положительные эмоции. У них отмечаются внутренние переживания, депрессивный фон настроения, они раздражительны и слезливы. Оказалось, что при схожести способов реагирования на болезнь, подростки этих групп имеют разное интеллектуальное развитие.

При анализе данных, полученных по интеллектуальному тесту (ГИТ) выяснилось, что коэффициент интеллектуальности в группе подростков с ЖКТ равен 86 баллам и он выше, чем в группе подростков с БА (коэффициент интеллектуального развития в группе подростков с БА равен 74,3 баллам). Можно предположить, что различия в интеллектуальном развитии подростков обусловлены разной ситуацией болезни. При БА возможно влияние гипоксии, возникающей в период болезни, на деятельность головного мозга. Чего не наблюдается при заболевании ЖКТ

Таким образом, подростки с заболеванием ЖКТ имеют хорошую кратковременную механическую память, зрительно-двигательную координацию, развитое образное мышление, у них развита способность и стремление к изучению жизненных ситуаций, умеют создавать слуховые образы, иногда и зрительные. Факторами, влияющими на данные функции, являются темп двигательной активности, культурные возможности и объем внимания. Подростки с БА склонны к вербализации, могут анализировать соотношения, хорошо овладевают вербальными понятиями, понимают абстракции.

Тест Керна-Йерасика позволяет судить о развитии сенсомоторики. У подростков с БА и ЖКТ развитие сенсомоторики рассматривается как соответствующее возрасту. Подростки с заболеванием ЖКТ характеризуются высоким развитием тонкой моторики руки, координации зрения и движений руки. Перечисленные показатели выше в группе больных с заболеванием ЖКТ, что подтверждается и данными теста ГИТ и

говорит о более высоком интеллектуальном и сенсомоторном развитии подростков с ЖКТ по сравнению с развитием подростков с БА

То, как нездоровый подросток формирует представление о себе и какие компоненты: когнитивный или эмоциональный, выделяются в его структуре личности видно по данным результатов теста «Автопортрет» в группе подростков с БА. Подростки с БА характеризуются средним уровнем интеллектуальных притязаний. Фантазия и творческие способности слабо развиты, подростки плохо рефлексиируют собственное состояние. У подростков этой группы отмечается внутренняя напряженность, тревожность, часто неосознаваемая. Отмечаются трудности с вербализацией собственного состояния. Рисунки характеризуются низкой эмоциональной выразительностью, подростки рисуют себя «как есть» - структурный вид изображения относится к психологическому типу - интуитивный интраверт.

Подростки больные ЖКТ характеризуются более высокими интеллектуальными претензиями, их интеллектуальное развитие высокое, они отличаются синтетическим когнитивным стилем мышления с тенденцией к обобщению. Рисунки выполнены тщательно, подростки прорисовывают лицо, волосы, уши, шею, одежду. Необходимо отметить, что в отличие от подростков с БА, представители группы подростков с ЖКТ (2 %) используют метафорическое изображение в рисунках. В этой группе есть подростки художественного склада, обладающие развитой фантазией, творческими способностями. Они могут увидеть себя глазами другого, степень сходства автора и рисунка большая. Однако, именно в этой группе подростков отмечается глубокое внутреннее напряжение, тревожность (определяется по степени нажима, наличию штриховки).

Индивидуальные особенности психических процессов и состояний при фрустрации в выборке испытуемых измерялись методикой С. Розенцвейга. Подростки с БА характеризуются тем, что ситуация обвинения для них незначима, комплекс защитных реакций значительно выражен, а самооправдание преобладает над признанием вины. Коэффициент групповой адаптации (КГА) таких больных довольно низкий и составляет 21,4%. Такое низкое значение КГА является следствием развития невротических процессов. При высоком уровне фрустрации и низком КГА подростки не способны к тонкой и дифференцированной регуляции вербального поведения, возможно, из-за того, что не «срабатывает» поведение по стереотипным образцам. Повышенная выраженность ответов типа НР положительно связана с высоким общим и невербальным интеллектом ($r=0,33$).

Третий параграф посвящен результатам и интерпретации статистического анализа особенностей интеллектуально-личностного развития подростков в разных возрастных подгруппах.

Возрастные особенности больных бронхиальной астмой. В эту группу вошли подростки 12-17 лет. Они были разбиты на три возрастные группы:

первая включала подростков с заболеванием бронхиальной астмой 12-13 лет; вторая -14-15 лет; третья - 16-17 лет.

При выявлении типа реагирования на заболевание (методика ЛОБИ), выяснилось, что в каждой возрастной подгруппе с заболеванием бронхиальной астмой существует соотношение их выраженности в различных возрастных группах..

Коэффициент интеллектуального (КИ) развития подростков с заболеванием бронхиальной астмой в разных возрастных подгруппах определялся с помощью методики ГИТ. Данные показали увеличение КИ с увеличением возраста, что соответствует научно-практическим данным многих авторов о возрастной динамике этого показателя.

Данные методики Керна-Йерасика показали, что такие параметры как развитие тонкой моторики руки, координация зрения и движения руки соответствуют возрасту каждой подгруппы, с увеличением возраста показатель сенсомоторного развития увеличивается.

По результатам теста «Автопортрет» видно, что синтетически когнитивный стиль с тенденцией к обобщению характерен для всех возрастов. Рисунок, выполненный с прорисовкой лица, волос, ушей, шеи, одежды характерен для 14-15 летних подростков. Они более склонны к детализации, к аналитическому, когнитивному стилю мышления. Метафоричное изображение характерно для 16-17 летних подростков, они рисуют себя в виде животного или литературного персонажа и характеризуются более развитой фантазией, творческими способностями. Подростки 16-17 лет с заболеванием бронхиальной астмой для снятия тревоги, напряженности часто используют творчество. В коррекционных программах мы включаем элементы арт-терапии, техники НЛП для работы с ними, т.к. они очень легко и свободно используют метафору и цвет. Подростки 12-13 лет более эмоциональные, рефлексиирующие свое состояние, поэтому их рисунки отражают эмоциональное состояние. Степень сходства рисунка и оригинала выше, чем в 14-15 лет. Степень нажима самая высокая (40%) в 16-17 лет, что отражает внутреннее напряжение, тревогу. Хотя мы отмечали, что тревожность выше в возрасте 14-15 лет. Их тревожность выражается в поведении, а в 16-17 лет тревога чаще носит скрытый характер. В 14-15 лет встречается наибольший процент рисования глаз, носа, бровей, ресниц, что объясняется гиперчувствительностью, интересом к половому развитию, склонностью к некоторой агрессии. Наличие структурного вида изображения характерно для всех возрастных подгрупп и психологический тип определяется как «интуитивный интроверт».

Анализ выполнения методики С. Розенцвейга в соответствии с выделенными возрастными показателями показал, что в подгруппе подростков 12-13 лет отмечаются интрапунитивные реакции со стремлением к разрешению ситуации. Подростки этой подгруппы сами берутся разрешить фрустрирующую ситуацию, открыто признавая или намекая на свою виновность, у них отмечается демонстративный защитный механизм по

типу вытеснения и отрицания, склонность занимать крайне пассивную позицию в отстаивании своего Я в ситуациях препятствия. В ситуациях обвинения проявляется реакция самоутверждения с активной и сильной позицией. Показатель, характеризующий признание вины приближен к 33%. Коэффициент групповой адаптации у этих подростков довольно низок и характерен для больных неврозом (48%).

У подростков 14-15 лет преобладают импунитивные реакции с фиксацией на самозащите. Подростки исключают ответственность во фрустрирующей ситуации и для себя и для других. У них существует сильный комплекс защитных реакций. Скорее тут можно говорить не о защите, а о нежелании, отстранении от участия в травмирующих ситуациях. Подростки, оберегая себя, избегают ответственности и в случае фрустрации оправдывают себя, сохраняя позитивное отношение к себе. У подростков подгруппы с БА показатель Е-Е низкий, т.е. больные пассивны, с болезненным самоутверждением, отмечают признаки самооправдания ($I-I < 33\%$). Коэффициент групповой адаптации низкий – 33%.

Подростки 16-17 лет с БА характеризуются импунитивными реакциями с фиксацией на защите. Они ответственность во фрустрирующей ситуации сводят до минимума, избегая осуждения.

Анализ данных, полученных с помощью теста М. Люшера в различных возрастных группах показал, что у подростков 12-13 лет с БА на первом месте находится зеленый цвет $+2+3/$: это указывает на потребность в отстаивании собственной позиции, оборонительность, агрессивность, носящих защитный характер. Умеренно приятным признается фиолетовый $/x5/$ цвет: субъективизм, нереальные требования к жизни, потребность в уходе от реальной действительности. Отвергаются коричневый и черный цвета $-6-7/$: потребность в самостоятельности, независимости от препятствий, ограничений и запретов, потребность в снижении тревоги, стремлении к психологическому комфорту. В 14-15 лет у подростков с БА на первом месте находятся зеленый и желтый цвета $+2+4/$: эмоциональная неустойчивость, оптимистичность, потребность в признании, общении, отстаивании собственных установок, надежды на успех, выраженная эмотивность. В качестве умеренно приятного цвета чаще других выбираются фиолетовый $/x5/$: обидчивость, чувствительность, эгоцентричность и сентиментальность. Отрицаются коричневый и черный цвета.

Подростки 16-17 лет на первое место выдвигают синий и фиолетовый цвета $+1+5/$, что говорит о потребности в глубокой привязанности, тенденции к достижению внешней защиты, к эмоциональному покою; индивидуалистичности, субъективизме, потребности в уходе от реальности.

При наличии общих моментов, характерных для подростков с заболеванием бронхиальной астмой отмечаются выраженные отличия в выделенных возрастных подгруппах. Подгруппа 14-15 летних подростков в большей степени характеризуется беспокойством, мнительностью в отношении течения болезни; у них чаще, чем в других подгруппах

отмечается страх смети от удушья. Подростки этой группы предъявляют больше соматических жалоб, чем подростки других возрастных подгрупп, страдающих бронхиальной астмой.

Наиболее благоприятной в психологическом смысле является подгруппа подростков 16-17 лет. Их эмоциональное состояние компенсировано, отмечают тенденции к дифференциации образа Я. Коэффициент интеллектуального развития также выше в 16-17 лет, что закономерно с увеличением возраста. Если две подгруппы, 14-15 и 16-17 лет схожи в результатах выполнения по субтестам интеллекта (они хорошо слышат задания, более сосредоточены и готовы выполнять инструкции, все задания делают быстро), то подгруппа подростков 12-13 лет характеризуется набором более высоких баллов по другим субтестам, они менее организованы, более шумливы, подвижны, им труднее сосредоточиться. То же касается и моторного компонента, интеграции зрительного и двигательного компонентов, с возрастом они увеличиваются.

В 12-13 лет подростки более привязаны к родителям, сохраняют зависимость от них, у них преобладает негативный эмоциональный фон самоотношения, не сформированы самостоятельные критерии самооценки, представления о своем Я.

В 14-15 лет подростки более тревожны, пессимистично настроены, фиксированы на болезни и ее проявлениях, будущее рассматривают через призму болезни. Круг общения их очень узок.

Подростки в 16-17 лет, расположены к расширению круга общения, они отличаются стремлением к изменению образа Я и ВКБ. Эти подростки стараются выходить из-под влияния родителей. Во всех подгруппах снижена познавательная активность личности.

В следующем параграфе исследуются аналогичные показатели подростков с заболеваниями желудочно-кишечного тракта соответственно возрастам. В эту группу вошли подростки 12-17 лет с заболеванием желудочно-кишечного тракта. Они были разбиты на три возрастные подгруппы: первая включает подростков с заболеваниями ЖКТ 12-13 лет; вторая - подростков 14-15 лет; третью составляют 16-17 летние. При выявлении типа реагирования на болезнь выяснилось, что у подростков группы с заболеваниями ЖКТ встречается сенситивный, неврастенический, апатический, эйфорический и тревожный тип отношения к болезни. Самой обширной по представленным типам реагирования на заболевание является подгруппа подростков с заболеванием ЖКТ 14-15 лет. У них отмечается четыре типа реагирования на заболевание с разной их выраженностью. Наиболее часто встречается эйфорический тип реагирования, затем в равных соотношениях сенситивный и тревожный.

При выполнении теста ГИТ определяется коэффициент интеллектуальности подростков трех возрастных подгрупп с заболеванием ЖКТ. Подростки с заболеванием ЖКТ характеризуются высокими результатами по показателю развития кратковременной механической

памяти, зрительного и слухового образного мышления, зрительно-двигательной интеграцией, выявлением отношений к жизненным обстоятельствам.

Методика Керна-Йерасика показала, что у подростков с заболеваниями ЖКТ все возрастные группы по всем параметрам этого теста практически одинаковы. Таким образом, развитие тонкой моторики, координации зрения и движения руки, интеллектуальное развитие в старших возрастных подгруппах чуть выше, чем у подростков 12-13 лет. По общей составляющей данного теста больших отличий не наблюдается, что может говорить о том, что подростки 12-13 лет с заболеванием ЖКТ уже имеют развитую моторику и ими достигнута максимальная величина, присущая 16-17-летним, что подтверждается данными теста "Автопортрет).

Мы пришли к выводу, что подростки группы 14-15 лет с заболеванием ЖКТ отличаются высоким интеллектуальным развитием, по сравнению с другими подгруппами с данной соматической патологией. Хотя возрастной разброс и небольшой, ярко видно, что и малые возрастные параметры несут серьезные изменения. Можно предположить, что ВКБ зависит от возрастных особенностей подростков, хотя интеллектуальное развитие и не влияет на ее формирование, но связано с ней.

При выполнении методики С. Розенцвейга выяснились некоторые отличия в профилях у подростков разных возрастов. Так, в 12-13 лет преобладают интрапунитивно направленные реакции со стремлением к разрешению ситуации. Подростки берутся сами разрешить фрустрирующую ситуацию, открыто признавая или намекая на свою виновность. У подростков этой возрастной подгруппы отмечается демонстративный защитный механизм по типу вытеснения и отрицания, склонность занимать крайне пассивную позицию в отстаивании своего Я в ситуациях препятствия. В ситуациях обвинения проявляется самоутверждение с активной и сильной позицией. Коэффициент адаптации снижен и характерен для больных неврозом (<48%).

Подростки 14-15 лет имеют интрапунитивные реакции со стремлением к разрешению ситуации. Подростки данной группы характеризуются очень сильным комплексом защитных реакций, (ответственность исключается для всех, заодно для себя). Коэффициент адаптации очень низкий 37%. У подростков 16-17 лет преобладают импунитивные реакции с фиксацией на самозащите. Таким образом, по методике С. Розенцвейга в профилях отличается лишь старшая подгруппа: 16-17 летние подростки имеют импунитивную реакцию на фрустрацию, где ответственность подростка, попавшего во фрустрирующую ситуацию, сведена до минимума, осуждение избегается.

Заболевшие подростки затрудняются определить свои отличия от других сверстников, эти трудности скорее свидетельствуют о задержке формирования самосознания характерно отсутствие способности осознавать значимую информацию о себе, недостаточность навыков рефлексии. Внимание к внутренним переживаниям у них снижено.

Четвертый параграф содержит результаты корреляционного анализа показателей интеллектуально-личностного развития подростков (с заболеваниями бронхиальной астмой и желудочно-кишечными патологиями) с внутренней картиной болезни. Данный вид анализа показал, что корреляционные связи существуют, однако каждая из подгрупп основной выборки имеет существенную картину различий в характере и содержании интеллектуально-личностных показателей.

В данном параграфе представлены психографика достоверных корреляций в соответствующих подгруппах подростков с заболеваниями бронхиальной астмой и желудочно-кишечного тракта, в разных диапазонах, а также таблицы адресов прямой и обратной корреляций в тех же подгруппах. Анализировались значения матрицы интеркорреляций и вычислялась значимость коэффициентов корреляции, т.е. проверялась возможность отвергнуть гипотезу о некоррелируемости рассматриваемых величин. Значимость коэффициента корреляции проверялась путем сравнения абсолютной величины эмпирического коэффициента корреляции, умноженной на $(n-1)$, с его критическими значениями при заданной надежности вывода P . Это, в свою очередь, позволило нам упростить получаемые графы, разбить их по уровню надежности и степени связи элементов. Результаты отражают наличие взаимодействия между показателями в диапазоне достоверности $0,001 \leq p \leq 0,01$. В целом, можно сказать, что обнаруженные связи носят положительный и отрицательный характеры и подчеркивают роль интеллектуально-личностных особенностей в обуславливании внутренней картины болезни пациентов разных подгрупп. Однако, их содержание носит различный характер.

Картина в подгруппах 16-ти и 14-летних с заболеванием ЖКТ меняется в пользу интенсивности указанной характеристики связей и становится более выраженной в 12-летней подгруппе испытуемых с заболеванием ЖКТ. Анализ психографики можно пронаблюдать, что "сетка" адресов взаимодействия становится более активной именно в подгруппе 12-летних подростков с заболеванием ЖКТ, что говорит о наибольшей выраженности роли интеллектуально-личностных показателей в структуре внутренней картины болезни этих подростков.

Группа параметров интеллектуально-личностного блока коррелирует с внутренней картиной болезни. Так или иначе, но это может быть определено характером подбора испытуемых по признаку соматической патологии. Однако, если учесть, что по показателям признака патологии вся выборка была в равных условиях, то обнаруженные связи подтверждают нашу гипотезу о взаимодействии параметров развития личности и интеллектуальной среды с внутренней картиной болезни. Это подтверждается и историей практической медицины и клинической психологии. Так, в трудах Alexander F. (135) описаны конкретные случаи выздоровления подростков с БА или заболеваниями ЖКТ, когда изучая особенности их личности, врачи "меняли" индивидуальный стиль коммуникации с ними, ориентируясь на показания интеллекта и воли. Это,

в свою очередь, открывает большие возможности и для психотерапевтической работы психолога в клинике, касающиеся выбора психотерапевтических техник и формы их реализации в рамках коррекционной реабилитационной программ.

Наблюдения за пациентами, составляющими основную выборку, показали, что указанные корреляты существенным образом оказывает влияние на социальную адаптацию и поведение больных. И, наоборот, содержание внутренней картины болезни существенно отражается на психическом состоянии подростков. Неадекватное формирование внутренней картины болезни приводит к снижению компенсаторных возможностей и психической травматизации подростков, проходящих лечение в клинике. Анализ корреляционных связей отрицательного характера показал, что при формировании внутренней картины болезни испытуемых основной выборки особое значение имеет негативное эмоциональное самоотношение, значимая степень образа Я, снижаемая регуляторная функция образа Я (коэффициенты корреляции от 0,743** до 0,931***), а также недооценивание тяжести заболевания связано с неадекватной оценкой подростком своего будущего ($k=0,684^{**}$), своих возможностей ($k=0,833^{***}$). Объективное становление внутренней картиной болезни подростков с заболеванием бронхиальной астмой и желудочно-кишечного тракта (во всех возрастных подгруппах) показало связи с отдельными проявлениями общего интеллекта ($k=0,712^{**}$) и позицией родителей по отношению к заболеванию своего ребенка.

Общие выводы.

Основные результаты работы можно сформулировать следующим образом:

1. Характер индивидуально-личностного развития подростков с бронхиальной астмой и заболеванием желудочно-кишечного тракта различен. *Общими* для исследуемых соматических заболеваний являются сенситивный и эйфорический типы реагирования на болезнь. Подростки с заболеванием желудочно-кишечного тракта *отличаются* апатичным типом реагирования. У них также чаще встречается тревожный и неврастенический типы реагирования, чем у подростков с бронхиальной астмой.

2. Интеллектуальное развитие и внутренняя картина болезни подростков с бронхиальной астмой и заболеванием желудочно-кишечного тракта взаимосвязаны и характер взаимосвязи влияет на их социальную адаптацию и поведение.

3. Подростки с заболеваниями желудочно-кишечного тракта показывают лучшие результаты, чем больные бронхиальной астмой по интеллектуальным и сенсомоторным параметрам, что может объясняться разной ситуацией болезни (при бронхиальной астме возможно действие хронической гипоксии на клетки головного мозга).

3. Содержание внутренней картины болезни отражается на психическом состоянии ребенка (имеющего соматическое заболевание) и влияет на его дальнейшее развитие.

4. При анализе возрастных особенностей психического развития подростков с заболеванием бронхиальной астмой и желудочно-кишечного тракта выяснились как общие закономерности возрастной динамики, так и отличия, которые могут объясняться обусловленностью характером заболевания. Так, *общими* для всех обследованных подростков явились возрастные изменения в показателях интеллектуального и сенсомоторного развития. *Отличительной особенностью* подростков с заболеваниями желудочно-кишечного тракта явилась определенная картина возрастной динамики: 14-15 летние подростки отличаются высоким интеллектуальным развитием, по сравнению с другими возрастными группами данной соматической патологии и со всеми возрастными группами подростков с бронхиальной астмой.

5. По данным корреляционного анализа выявлены структурные особенности исследуемых показателей как в соответствии с характером заболевания, так соответственно возрастным группам. Структура показателей группы подростков, больных бронхиальной астмой отличается от аналогичной структуры показателей их ровесников с заболеванием кишечного тракта тем, что сетка адресов взаимодействия более активна в группе подростков с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, особенно в 12-13 лет.

6. Психологическая работа по формированию адекватной внутренней картины болезни является необходимым элементом при психологической реабилитации подростков с бронхиальной астмой и с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. При разработке психологической коррекционной и превентивной программ должны учитываться особенности внутренней картины болезни, а также расширение возможностей интеллектуально-личностного развития подростков и их творческого потенциала.

Основное содержание диссертации отражено в следующих публикациях:

1. Клетенкова Т.А. Внутренняя картина болезни и интеллектуальное развитие подростков с заболеванием желудочно-кишечного тракта // Седьмая научно-практическая конференция молодых ученых. - Казань: КГМУ – 2002. – С.74-75 (0,16 п.л.).

2. Клетенкова Т.А. Взаимосвязь внутренней картины болезни и особенности интеллектуального развития подростков с соматической патологией // Материалы итоговой научно-практической конференции, - Казань: ТАРИ. –2003. – С.142-144 (0.19 п.л.).

3. Клетенкова Т.А. Особенности графических способностей подростков с бронхиальной астмой и заболеванием желудочно-кишечного тракта. //Второй международный конгресс «Молодое поколение 21 века:

актуальные проблемы социально-психологического здоровья. - Минск. 2003. - С. 163-166 (0.25 п.л.).

4. Клетенкова Т.А. Особенности интеллектуального развития подростков с заболеванием желудочно-кишечного тракта // Оренбург – 2003.-С. 67-69 (0.157 п.л.).

5. Клетенкова Т.А. Особенности психического развития подростков с бронхиальной астмой и заболеванием желудочно-кишечного тракта // Седьмая конференция молодых ученых России с международным участием «Фундаментальные науки и прогресс клинической медицины», - М., – 2003.- С.103-106 (0.25 п.л.).

6. Клетенкова Т.А. Особенности психологической коррекции подростков с соматической патологией // Научно-практическая конференция «Право на детство». НРЦ программы «Партнер» фонда IREX, Нижний Новгород – 2004. – С. 207-210 (0.25 п.л.).